KWESTIONARIUSZ BIEŻĄCEGO NOTOWANIA

Proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza w celu dokonania oceny jakościowej i ilościowej jadłospisu.

O czym należy pamiętać przy wypełnianiu kwestionariusza

1. Proszę wypełnić w odniesieniu do trzech dni, z czego dwa powinny być typowe , takie jak zwykle. Jeden z tych dni powinien być dniem wolnym od pracy
2. Proszę wypełniać na bieżąco, zaraz po spożyciu zapisywać wszystko w odpowiednią rubrykę tabeli
3. Proszę jak najdokładniej notować wszystko co zostało zjedzone : rodzaj pieczywa (np. chleb razowy słonecznikowy, chleb jasny pszenny) , zawartość tłuszczu w produktach (np. mleko 1,5 %) ,rodzaj używanego tłuszczu (np. masło osełka, oliwa z oliwek, margaryna 'Rama'), sposób przyrządzenia potrawy (gotowanie, pieczenie, smażenie), wszystkie użyte do przyrządzenia potrawy składniki. Od tych informacji będzie zależała ocena diety oraz dalsze postępowanie.
4. Proszę o uwzględnienie informacji czy występował głód w trakcie sięgania po produkt
5. Można dołączyć zdjęcia posiłków
6. Proszę zapisać spożywane danego dnia suplementy diety (np. witaminy, minerały , podać nazwę suplementu i ilość kapsułek, lub dawkę/dzień)
7. Poniżej zamieszczono przykład poprawnie wypełnionego kwestionariusza

Data 2.03.2016 Dzień tygodnia: czwartek

Posiłek	Godzina	Spożyte produkty, potrawy, napoje	Wielkość porcji (w miarach domowych lub gramach	Głód
Śniadanie	7.00	Kanapki: Chleb żytni Polędwica sopocka Masło extra Sałata Herbata słodzona	2 średnie kromki 2 średnie plastry (45g) 1 łyżeczka 2 duże liście Szklanka (250ml)+ łyżeczka cukru	Tak
Obiad	15.00	Zupa pomidorowa z ryżem Ziemniaki Mizeria z ogórków ze śmietaną 18% Dorsz w panierce Woda	400 ml duży talerz 3 średnie 250g miseczka 150g Szklanka	Tak
Pod wieczorek	19.00	Krakersy Herbata słodzona	5 sztuk Szklanka + łyżeczka cukru	nie
Kolacja	22.00	Płatki owsiane Mleko 2%	3 łyżki 1 szklanka	tak
Dojadanie w ciągu dnia	17.00 22.00	paluszki woda mineralna gazowana	6 sztuk Szklanka	nie

Uwagi : dzień typowy, ból głowy wieczorem, kłopoty z zaśnięciem

Suplementy : Probiotyk DOZ

Data……. Dzień tygodnia…….

Posiłek	Godzina	Spożyte produkty, potrawy, napoje	Wielkość porcji (w miarach domowych lub gramach	Głód
……				
…….				
…….				
…….				
…….				
…….				

Data……. Dzień tygodnia…….

Posiłek	Godzina	Spożyte produkty, potrawy, napoje	Wielkość porcji (w miarach domowych lub gramach	Głód
……				
…….				
……..				
…….				
…….				
…….				

Data……. Dzień tygodnia…….

Posiłek	Godzina	Spożyte produkty, potrawy, napoje	Wielkość porcji (w miarach domowych lub gramach	Głód
……				
……				
……				
……				
……				
……				